El recién nacido de alto riesgo en el primer nivel de atención

The high-risk newborn at the first level of care

O recém-nascido de alto risco no primeiro nível de atenção

Dra. Lidia Beatriz Giúdici°

RESUMEN

Los avances en el cuidado perinatal y específicamente en neonatología, han permitido la sobrevida de recién nacidos (RN) con condiciones que hasta hace pocas décadas eran incompatibles con la vida. Los RN egresados de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) enfrentan junto a sus familias múltiples desafíos en su crecimiento y desarrollo. Esta circunstancia obliga a la creación de programas inter y transdisciplinarios de profesionales de salud, educación y servicios sociales, cuyo objetivo será brindar la asistencia necesaria para asegurar equidad y oportunidad en la atención de estos RN y sus familias; el fin último será anticipar, detectar y eventualmente intervenir, para evitar y/o minimizar secuelas a corto, mediano y largo plazo. Además de transdisciplina e intersectorialidad, es fundamental para lograr estos objetivos, generar redes entre los distintos niveles, para evitar fragmentar la atención, y/o multiplicar intervenciones.

Palabras clave: *recién nacido; estudios de seguimiento; grupo de atención al paciente; atención primaria de salud.*

ABSTRACT

Advances in perinatal care and specifically in neonatology, have allowed the survival of newborns (NB) with conditions that until a few decades ago were incompatible with life. NB discharged from Neonatal Intensive Care Units (NICU) and their families face multiple challenges in their growth and development. This circumstance requires the creation of inter- and transdisciplinary programs of health, education and social services professionals, whose objective will be to provide the necessary assistance to ensure equity and opportunity in the care of these NB and their families; the ultimate goal will be to anticipate, detect and eventually intervene, to avoid and/or minimize consequences in the short, medium and long term. In addition to transdisciplinarity and intersectorality, it is essential to achieve these objectives, generate networks between the different levels, to avoid fragmenting care, and/or multiplying interventions.

Keywords: *newborn, infant; follow up studies; patient care team; primary health care.*

° Médica Pediatra-Neonatóloga. Directora Académica, Asociación Latinoamericana de Seguimiento Pediátrico y Neonatal (ALSEPNEO). Directora de la Carrera de Especialización en Desarrollo Infantil, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Docente Adscripta, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Docente de la Asignatura Historia de la Medicina, Carrera de Formación Docente en Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. ORCID: 0000-0002-4855-186X

Correspondencia: lidiagiudici22@yahoo.com.ar

Conflicto de intereses: ninguno que declarar.

Recibido: 15 de enero de 2024.

Aceptado: 14 de febrero de 2024.

RESUMO

Os avanços no cuidado perinatal e especificamente na neonatologia permitiram a sobrevivência de recém-nascidos (RN) com condições que até poucas décadas atrás eram incompatíveis com a vida. Os RNs que saem das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) enfrentam, juntamente com suas famílias, múltiplos desafios em seu crescimento e desenvolvimento. Esta circunstância exige a criação de programas inter e transdisciplinares envolvendo profissionais da saúde, educação e serviços sociais, cujo objetivo será fornecer a assistência necessária para garantir equidade e oportunidade no cuidado desses RNs e suas famílias; o objetivo final será antecipar, detectar e eventualmente intervir para evitar e/ou minimizar sequelas a curto, médio e longo prazo. Além da transdisciplinaridade e intersectorialidade, é fundamental para alcançar esses objetivos criar redes entre os diferentes níveis, para evitar a fragmentação do cuidado e/ou a multiplicação de intervenções.

Palavras chave: *recém nascido; seguimento; equipe de assistência ao paciente; atenção primária à saúde.*

doi: https://doi.org/10.61481/Rev.enferm.neonatal.n44.04

Cómo citar: Giúdici LB. El recién nacido de alto riesgo en el primer nivel de atención. *Rev Enferm Neonatal.* Abril 2024;44:28-35.

INTRODUCCIÓN

En el año 2020, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) publicó las Directrices de práctica clínica para el seguimiento de recién nacidos (RN) de riesgo; marcó que los resultados en su supervivencia así como en la reducción del impacto de los factores específicos, están vinculados tanto al cuidado del recién nacido en torno al nacimiento y en la UCIN, como al seguimiento de los RN de acuerdo con factores específicos de riesgo.[1]

Se consideran recién nacidos de alto riesgo (RNAR) aquellos neonatos que presentan factores que requieran un cuidado interdisciplinario después de su egreso de la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) tales como nacimiento prematuro, neonatos con enfermedades adquiridas o congénitas, o que parecen sanos y cuyo seguimiento permitirá identificar tempranamente desenlaces anormales de salud. Es ideal que el riesgo para su crecimiento y desarrollo se identifique antes del egreso hospitalario, pero puede ocurrir que a pocos días de nacer aparezcan situaciones que pongan en riesgo la salud actual y futura de un/a RN previamente sano/a.

Factores de riesgo son aquellos que pueden implicar un déficit para su salud, crecimiento y desarrollo, como bajo peso al nacer, prematuridad, necesidad de ventilación asistida, sepsis, asfixia, choque, malformaciones congénitas, enfermedades genéticas, intervenciones farmacológicas o quirúrgicas, marcando un cambio de paradigma con respecto a los primeros programas que solo consideraban el seguimiento de RN prematuros extremos.[2,3] Los neonatos con situaciones socioeconómicas adversas, también integran este grupo.

Los niños y niñas en riesgo deben contar con seguimiento durante la infancia, más allá de los 2 años. El seguimiento lo realizará su pediatra o neonatólogo de cabecera, con un experto en seguimiento de alto riesgo, para lo cual es menester contar con equipos inter y transdisciplinarios dedicados a la asistencia de estos infantes y sus familias, y programas de seguimiento, con un enfoque holístico y centrado en la familia.

¿Por qué debemos programar la atención del recién nacido de alto riesgo?

La asistencia del RN de riesgo y su familia debe ser programada de acuerdo con sus necesidades integrales de salud física y mental, educación, socioeconómicas, y atentos a eventualidades que puedan surgir. Para cumplir con esta vigilancia y acompañamiento de la salud física y mental de todo el grupo familiar es necesario anticipar, prevenir e intervenir oportunamente en los períodos críticos y sensibles del crecimiento y desarrollo; necesitan programas especialmente diseñados, integrados por profesionales de salud, educación, servicios sociales y legales, debidamente entrenados y capacitados en los aspectos mencionados, a fin de generar acciones adecuadas para la provisión de la atención más eficaz y eficiente posible.[4,5]

Es importante tener en cuenta en estos infantes, las necesidades especiales de atención en salud (NEAS), por tener o estar en riesgo de tener, una condición crónica física y/o emocional y/o del desarrollo; en consecuencia, requieren servicios de salud mayores y distintos en calidad y cantidad a los que los niños requieren en general.[6] En este grupo de pacientes están incluidos aquellos infantes con una condición crónica establecida y/o quienes dependen de tecnología, requieren equipamiento médico para compensar la pérdida o déficit de una función vital, y/o cuidados de Enfermería para prevenir la muerte o futuras discapacidades. Cabe señalar, que los cuidados adecuados (en tiempo y forma) pueden llevar, en muchos casos, al logro de la restitución de la función perdida o deficitaria.

Además, una elevada proporción de RNAR corresponden a familias de bajo nivel socioeconómico[1] y también profundizan situaciones de vulnerabilidad social, ante el desafío enorme de la crianza y cuidado de un RNAR. El riesgo socio-ambiental agrava las condiciones antes mencionadas, y se debe intervenir apropiadamente frente a estos desafíos, entre otros:

- Madre analfabeta o con bajo nivel de educación.
- Bajo nivel socioeconómico.
- Madre sola, soltera, sin apoyo familiar.
- Madre inmigrante alejada de su familia de origen.
- Sin seguro médico ni obra social.
- Vivienda que no cumple con las necesidades básicas de salubridad.
- Consumo de drogas, alcohol o sustancias ilegales.

Por otra parte, es inherente a la situación de alto riesgo neonatal, que este escenario sea cambiante: parejas que se separan, pérdida de empleo de los cuidadores, intercurrencias de salud que agravan la condición pre-existente, imposibilidad de asistir a controles, etc.

Objetivos básicos de un programa de seguimiento

Lo expuesto en líneas anteriores, lleva a plantear los objetivos de los programas de seguimiento de RNAR.[5]

Principales objetivos:

- Asegurar el ingreso a un programa de seguimiento a todo RNAR.
- Colaborar en el desarrollo de guías clínicas que permitan unificar criterios en las acciones de salud.
- Vigilar el desarrollo de esta población para detectar oportunamente sus alteraciones.
- Es fundamental generar la derivación oportuna a servicios especializados para habilitación/rehabilitación.
- Favorecer la equidad en la atención independientemente del sitio de residencia y tipo de seguridad social.

Equipo de seguimiento del recién nacido de alto riesgo

El equipo debe adecuarse a las necesidades de la población asistida, teniendo como integrante fundamental a la familia.

El equipo multidisciplinario debe incluir:

- **Pediatra/Neonatólogo/a** con entrenamiento en seguimiento de RNAR.
- **Enfermería:** su actividad consistirá, entre otras, en realizar la antropometría, fomentar la lactancia, participar en los programas de educación para los padres, ocuparse de la coordinación de los diferentes controles y prevenir la deserción.
- **Psicólogo/a:** brindará soporte a las familias, en lo posible desde el período perinatal en adelante.

Otros integrantes del equipo son trabajadores sociales, fisioterapeutas, fonoaudiólogo/a, nutricionista, y especialistas de diversas áreas como oftalmología, neurología, otorrinolaringología, neumología y educación, entre otras.

Idealmente, la asistencia debe estar organizada en niveles de atención, con alta capacitación y comunicación dentro del equipo.[5] Se debe evitar la fragmentación de la atención y/o la multiplicación de prestaciones. Se recomienda asignar alguien dentro del equipo que sea identificado por la familia como el profesional nexo entre el equipo y sus necesidades. De esta forma, se facilita la comunicación de los prestadores entre sí y, fundamentalmente, con la familia, para evitar mensajes contradictorios, que confunden y generan ansiedad, trabajando en red y con roles claramente establecidos.

La organización en niveles de atención, se fundamenta en la necesidad de proveer determinados cuidados en las proximidades del domicilio familiar, sin tener que acudir al segundo o tercer nivel de atención, para prestaciones que pueden ser adecuadamente solucionadas en el nivel primario.

El objetivo de este artículo es describir y comentar la importancia del primer nivel de atención en el seguimiento de RNAR.

El recién nacido de alto riesgo y el primer nivel de atención

El primer nivel de atención se encuentra, por definición, próximo al lugar de residencia del niño/a y su familia. El médico de familia y/o pediatra de atención primaria pueden gestionar de manera cercana la coordinación de las necesidades del niño/a y su familia, brindando apoyo, orientando las interconsultas, e inclusive, observar en terreno la posibilidad de implementación de acciones de salud y de educación, consensuando visitas domiciliarias con los cuidadores, enfermería y trabajo social.[7]

Otro aspecto, de máxima importancia, es la capacidad de articular con el siguiente nivel de atención para las consultas especializadas.

Todo lo antedicho marca la imprescindible tarea del equipo del primer nivel de atención en la provisión de

cuidados a RNAR y sus familias. Para ello, es necesario que se logre y mantenga una fluida comunicación entre todos los niveles, a fin de evitar contradicciones tanto en las indicaciones como en la información brindada acerca del estado de su hijo/a. Se debe tener en cuenta que muchas de las prestaciones o intervenciones necesarias para el crecimiento y desarrollo del infante, debieran ocurrir idealmente en un lugar cercano a su domicilio a fin de reducir costos, ausentismo laboral de los cuidadores y/o inasistencia a los controles.

Áreas de evaluación especial y rol del primer nivel en las evaluaciones

Las principales áreas a evaluar en el programa de seguimiento del RNAR son:

- Crecimiento
- Maduración psicomotriz
- Visión
- Audición
- Sistema nervioso central
- Problemas psicosociales
- Prevención de reinternaciones
- Deserción

En todas ellas, la atención primaria, ofrece un campo de acción fundamental para mantener adherencia a las consultas e intervenciones necesarias.

CRECIMIENTO

El monitoreo del crecimiento forma parte de los controles pediátricos habituales e incluye la antropometría completa. Especialmente en RNAR debe monitorearse la curva de crecimiento (individualizada), para evaluar la progresión y ritmo de crecimiento en peso, talla y perímetro cefálico.[8]

Dentro de las acciones a realizar, se encuentra el fomento de la lactancia materna, alimento de elección en cualquier circunstancia. La consejería, en todos los períodos (preconcepcional, durante la gestación, y postparto) permite anticipar, prevenir y detectar posibles dificultades en la alimentación. La evaluación a mediano y largo plazo, permitirá la incorporación oportuna de la alimentación complementaria.[9]

Será necesario contar con el nivel especializado en caso de dudas y/o dificultades.

MADURACIÓN PSICOMOTRIZ

El pediatra de cabecera y el equipo de atención primaria ocupan un lugar privilegiado para la detección precoz de alteraciones del neurodesarrollo (ND) empleando pruebas de pesquisa para anticipar, prevenir, detectar, e intervenir oportunamente. No se recomienda en esta población, emplear métodos de observación que no tengan propiedades psicométricas. El monitoreo del ND debe hacerse con un protocolo, y siempre que exista sospecha de que ha aparecido algún desvío/alteración. Este monitoreo también será útil para evaluar el progreso de las intervenciones indicadas.[10,11]

En la consulta se conversará sobre el desarrollo de cada niño/a y se entregarán pautas de estimulación, fomento del apego y juegos de crianza. En niños/as con riesgo de alteraciones, es de alto valor costo-efectivo recurrir a la disciplina pedagógica de atención temprana que permite trabajar en el aprendizaje temprano y favorecer la escolaridad.[12]

VISIÓN

La salud visual está estrechamente relacionada con el desarrollo motor y el aprendizaje.[12] En RNAR en control de retinopatía de la prematurez (ROP) es fundamental insistir en la importancia del cumplimiento de los chequeos y verificar su realización; también, estar atentos a imponderables que impidan el acceso a las consultas y gestionar la solución a través de Servicio Social. El pediatra de cabecera debe conocer la necesidad del control de funcionalidad visual en todo bebé con antecedente de riesgo, que requiere un seguimiento a largo plazo para detectar otros problemas, como vicios de refracción, estrabismo, nistagmus, y ambliopía, entre otros.

AUDICIÓN

Existen protocolos de seguimiento auditivo para el RNAR, que serán individualizados por los especialistas en audición, según necesidad.[13] El objetivo es el diagnóstico temprano de hipoacusia, antes de los 3 meses, y la habilitación con dispositivos a los 6 meses, así como rehabilitación auditiva y del lenguaje. Existe la posibilidad de hipoacusia progresiva y/o de instalación tardía, por lo tanto, deben mantener los controles, aunque los previos hayan sido normales.

Los factores de riesgo para hipoacusia en RNAR son múltiples y, si el neonato no egresó de la UCIN con su primer tamizaje realizado, debe ser solicitado lo antes posible, así como la consulta con otorrinolaringología

y audiología. Se debe disponer de resultados de otoemisiones acústicas (OEA) y potenciales evocados del tronco cerebral (AABR, en primera instancia y PEAT ante sospecha de hipoacusia).

Es importante vigilar el cumplimiento de los controles y detectar cambios y/o signos de alarma, sin desestimar las preocupaciones de la familia.

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Es ideal contar con ecografías cerebrales, realizadas durante la internación y, especialmente, a las 40 semanas de edad postconcepcional (en caso de prematurez) y/o prealta. Si no se cuenta con dicho estudio, debe solicitarse.

El equipo de salud debería disponer de capacitación para detectar precozmente el riesgo de problemas motores. Para ello, se puede elegir aquella herramienta de evaluación motora en la cual haya mayor entrenamiento dentro del equipo. La detección de alteraciones del tono muscular, paresias, episodios convulsivos previos, imágenes patológicas, medicación neurológica, deben contar con la evaluación por neurología infantil y mantener su seguimiento. [14,15]

PROBLEMAS PSICOSOCIALES

Los programas de seguimiento debieran contar con psicología perinatal y salud mental para etapas posteriores, tanto para la familia como para el infante. La protección del vínculo desde los primeros momentos, ha mostrado ser altamente costo-efectiva.[7]

El primer nivel de atención tiene invalorable proximidad con la familia, la comunidad y la posibilidad de concurrir al domicilio, lo cual permitirá detectar cambios o señales de alarma en la salud mental del grupo familiar. De esta forma, se logrará intervenir precozmente para apoyar en forma adecuada a la familia.

La detección de riesgos socioambientales (determinantes de la salud y el desarrollo infantil) es fundamental. La situación psicosocial del grupo familiar, es cambiante (modificaciones de la estructura familiar, nuevas morbilidades, reinternaciones, situaciones laborales, entre otros) y puede representar amenazas para la garantía de equidad en el derecho a la salud.[16] Es necesario estar alertas a estos cambios y su impacto en la familia.

Tal como se señaló anteriormente, la relación con establecimientos educativos (común, especiales) permite trabajar tempranamente (si cuentan con atención temprana) en aspectos muy importantes del futuro aprendizaje.[12]

PREVENCIÓN DE REINTERNACIONES

Los RNAR tienen riesgo de reinternaciones tres veces mayor que los neonatos sanos.[5]

Las causas más frecuentes de reinternación son las infecciones respiratorias agudas bajas (IRAB) y, especialmente en prematuros, por el virus sincicial respiratorio (VSR). Las inmunizaciones, al igual que en el resto de la población, son la principal herramienta de prevención. Se sugiere:

- Vacunas del calendario al día según la edad cronológica en todas las poblaciones.
- Vacunas especiales para la población de riesgo.
- Inmunización pasiva contra el VSR (profilaxis con palivizumab) en aquellos grupos de riesgo reconocido.
- Talleres de prevención para cuidadores, sobre atención en el hogar, alimentación (lactancia materna, alimentos saludables), sueño seguro, higiene del sueño, entre otros.
- Además, hay poblaciones de RNAR (recién nacidos con malformaciones congénitas y cirugía compleja, asfícticos, bebés con ostomas) que también deben recibir cuidados para prevenir reinternaciones por otros motivos. En este aspecto, toma relevancia la educación de la familia en el cuidado y el entrenamiento para detectar signos de alarma.

DESERCIÓN - ABANDONO DEL SEGUIMIENTO

La falta de adherencia al seguimiento de los RNAR es uno de los principales desafíos que enfrentan los programas.[5] Se ha dicho que la tasa de abandono no debiera superar el 20 % de la población incluida en el Programa, en el primer año de vida. Esto es válido a los fines estadísticos del reporte de resultados, pero no resulta satisfactorio para garantizar equidad en atención y acceso a la salud. Es importante que se diseñen estrategias para prevenir el abandono de los programas.

Algunas sugerencias efectivas, son:

- Iniciar el trabajo del equipo de seguimiento en la UCIN, para generar un vínculo entre el equipo y la familia y la adecuada programación del egreso hospitalario. La vigilancia por parte de enfermería de seguimiento, es especialmente estratégica.
- Consensuar las evaluaciones con las familias para permitirles que se organicen adecuadamente.

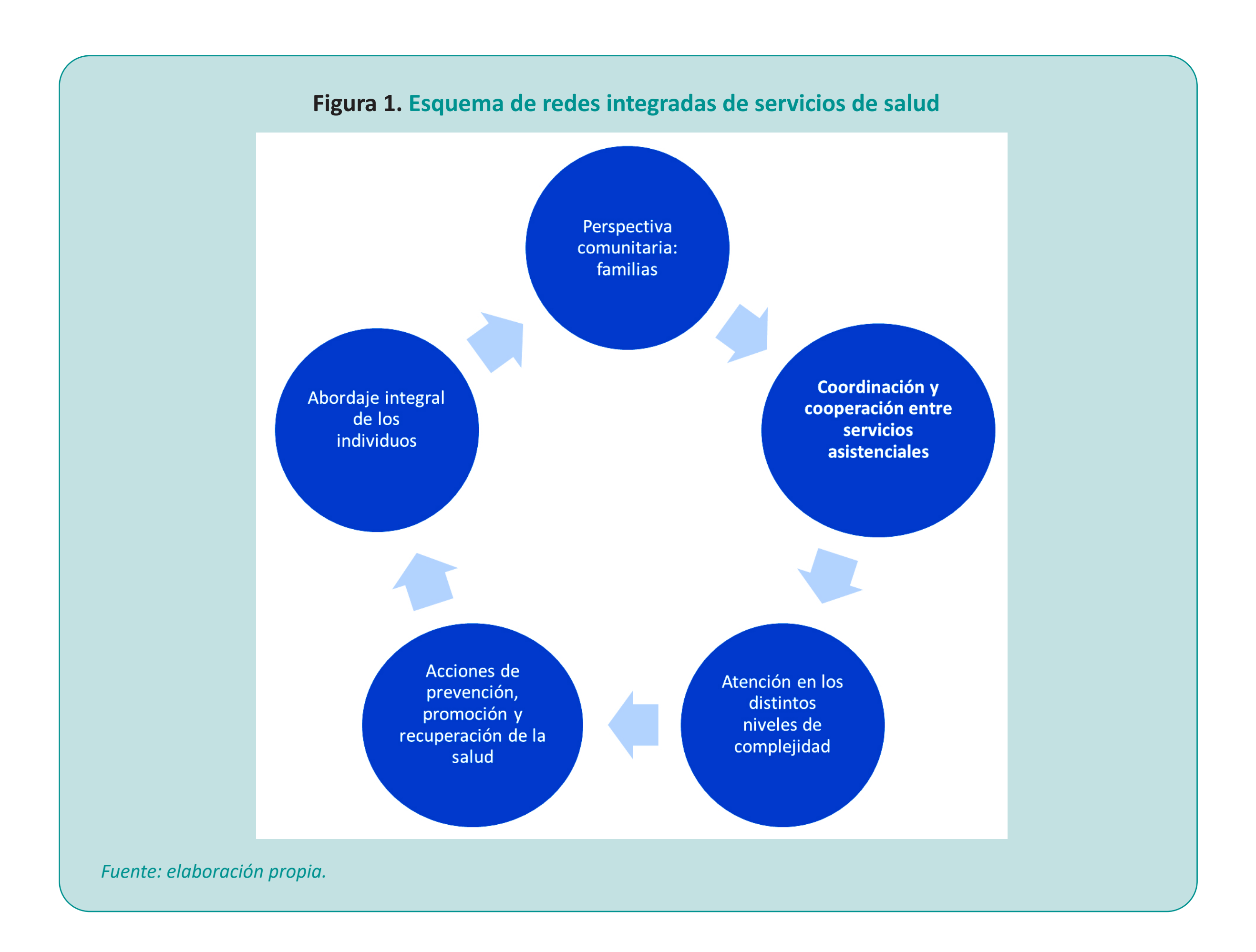
- Trabajar en red con el primer nivel de atención para visitas a la familia en caso de inasistencias, o de dificultades.
- Trabajar en y con la comunidad.
- Llevar registro de los resultados (base de datos) para elaborar políticas públicas que contemplen todos los aspectos necesarios para apoyar el acceso a una atención equitativa y de calidad.
- La Ley de los 1000 días, representa un primer paso para proteger la salud perinatal de la población, pero resulta insuficiente para RNAR y sus familias, que requieren acciones más allá de los primeros 1000 días. Es necesario contemplar este aspecto, en principio, hasta los primeros 5 años de vida (Objetivo de Desarrollo Sustentable 3, de las Naciones Unidas) y seguidamente, la protección de derechos hasta la adolescencia en pacientes con NEAS.[17]
- Hace tres décadas se propuso el concepto para trabajar en redes integradas de salud,[18] que permite optimizar resultados al mejorar la accesibilidad al sistema, reducir el cuidado inapropiado, la fragmentación del cuidado asistencial y mejorar la efectividad clínica, evitando la duplicación de infraestructura y servicios. Se genera así, un círculo virtuoso que tiene como eje y centro las familias en su perspectiva comunitaria. *(Figura 1)*

CONCLUSIONES

La participación del primer nivel de atención en la atención programada del RNAR, es fundamental para la generación de acciones de prevención primaria, promoción y protección de la salud. Es necesario trabajar en red con los niveles de atención de mayor complejidad, facilitando el conocimiento de la familia en terreno y la adherencia al programa de seguimiento, cuyas principales acciones son la atención de la patología aguda leve, las inmunizaciones (del calendario y especiales), la derivación oportuna a especialidades, la atención domiciliaria, la conexión con los servicios sociales en caso de ser necesario, y facilitar el contacto con los servicios educativos.

Todas estas acciones colaborarán en garantizar el derecho a la salud de los y las RNAR y sus familias.

Figura 1. **Esquema de redes integradas de servicios de salud**



Fuente: elaboración propia.

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Directrices de práctica clínica basadas en la evidencia para el seguimiento de recién nacidos en riesgo. Versión abreviada. 2020.
2. Giúdici L. Evolución de los paradigmas de atención en el Seguimiento de los recién nacidos de Alto riesgo. En: Clínicas Perinatológicas Argentinas. Buenos Aires: Ediciones ASAPER; 2018. Págs. 63-68.
3. LB, Golombek S. Seguimiento interdisciplinario de recién nacidos con cirugía compleja. 1a Ed. Buenos Aires: Librería Akadia Editorial; 2018.
4. Pallás Alonso C, García González P, Jiménez Moya A, Loureiro González B, Martín Peinador Y, et al. Protocolo de seguimiento para el recién nacido menor de 1500 g o menor de 32 semanas de gestación. *An Pediatr (Barc)*. 2018;88(4):229.e1-229.e10.
5. Reyes Leiva DN, Paiz Fernández D, Monroy Mahecha L, Obregón Díaz A, et al. Seguimiento del Recién Nacido de Alto riesgo: ¿a quién seguir, cómo y por cuánto tiempo? En Reichenbach J: PEDIATRÍA EN RED 5. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires- Año 2023 ISBN 978-987-47761-5-0. Núcleo 2A. Capítulo 03. Págs. 147-154. [Consulta: 23 de febrero de 2024]. Disponible en: https://drive.google.com/drive/folders/1vRYvuQWFCyyjGjYqN-5L9caBW9jikQUw?usp=sharing
6. McPherson M, Arango P, Fox H, Lauver C, et al. A new definition of children with special health care needs. *Pediatrics.* 1998 Jul;102(1 Pt 1):137-40.
7. Garner AS, Saul RA. Thinking Developmentally (Nurturing Wellness in Childhood to Promote Lifelong Health). *American Academy of Pediatrics*, 2018. ISBN: 978-1-61002-152-4.
8. C, Keunen K, Kersbergen KJ, Groenendaal F, et al. Effects of early nutrition and growth on brain volumes, white matter microstructure, and neurodevelopmental outcome in preterm newborns. *Pediatr Res.* 2018 Jan;83(1-1):102–10.
9. Belfort MB, Knight E, Chandarana S, Ikem E, et al. Associations of Maternal Milk Feeding With Neurodevelopmental Outcomes at 7 Years of Age in Former Preterm Infants. *JAMA Netw Open.* 2022 Jul 1;5(7):e2221608.
10. Wong HS, Santhakumaran S, Cowan FM, Modi N. Developmental Assessments in Preterm Children: A Meta-analysis. *Pediatrics.* 2016 Aug;138(2):e20160251.
11. Crisóstomo C, Hasbani YL, Colángelo ME, Ganino RL, Perelli A. Atención Temprana desde UCIN hasta los tres años: impacto en la orientación escolar. En Reichenbach J: PEDIATRÍA EN RED 5. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires- Año 2023 ISBN 978-987-47761-5-0. Núcleo 2A. Capítulo 03. Págs. 345-349. [Consulta: 23 de febrero de 2024]. Disponible en: https://drive.google.com/drive/folders/1vRYvuQWFCyyjGjYqN-5L9caBW9jikQUw?usp=sharing
12. Monteoliva GA, Schbib VL, Saidman G, González S, et al. Utilidad de imágenes retinales portátiles (smartphone) para cuidados en UCIN y Seguimiento de Prematurez. Toma de decisiones. En Reichenbach J: PEDIATRÍA EN RED 5. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires- Año 2023 ISBN 978-987-47761-5-0. Núcleo 2A. Capítulo 15. Págs. 327-338. [Consulta: 23 de febrero de 2024]. Disponible en: https://drive.google.com/drive/folders/1vRYvuQWFCyyjGjYqN-5L9caBW9jikQUw?usp=sharing
13. Klenner I, Bianchi F, Hermida A, Fernández L, Mastroianni Pinto S. Tamizaje Auditivo neonatal en el seguimiento del RN de alto riesgo. Presentación de un caso. Aciertos y desaciertos. En Reichenbach J: PEDIATRÍA EN RED 5. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires- Año 2023 ISBN 978-987-47761-5-0. Núcleo 2A. Capítulo 15.1. Págs. 311-320. [Consulta: 23 de febrero de 2024]. Disponible en: https://drive.google.com/drive/folders/1vRYvuQWFCyyjGjYqN-5L9caBW9jikQUw?usp=sharing
14. Neil JJ, Volpe J. Chapter 10: Specialized Neurological Studies. En Volpe J, Inder T, Darras B, De Vries L, et al. Volpe´s Neurology of the Newborn. 6ª Edición, 2017. Elsevier ISBN 9780323428767. Págs. 222-254.e10.

15. García- Alix A, Arnáez J. Neurología Neonatal de un vistazo. Editorial Cabeza de Chorlito. 2022. ISBN 978 84122703 3 4. Págs. 65-9.

16. JC, Sanchis I, Herrero MB, Armando GA, Arias SJ. Mortalidad infantil y desigualdades sociales en Argentina, 1980-2017 [Infant mortality and social inequalities in Argentina, 1980-2017]. *Rev Panam Salud Publica.* 2020 Nov 2; 44:e127. Spanish.

17. Ministerio de Salud de la Nación Argentina: Plan 1000 días. Ley Nº 27611. B.O. 15/01/2021.

18. Shortell SM, Anderson DA, Gillies RR, Mitchell JB, Morgan KL. Building integrated systems: the holographic organization. *Healthc Forum J.* 1993 Mar-Apr;36(2):20-6).

AGRADECIMIENTOS

A todos los miembros del Equipo de Seguimiento de RNAR del Hospital de Niños “Pedro de Elizalde”, período 2003-2021, por su infatigable compromiso con la salud de los recién nacidos y sus enseñanzas a lo largo de ese período. A las familias y los recién nacidos que depositaron su confianza en el equipo y también por sus enseñanzas.